

## Consentement à communiquer avec un professionnel de la santé

Médecin de famille, médecin spécialiste, pharmacien, autre

Nom	Fonction	Établissement/téléphone

Je consens à ce que le dentiste et son personnel recueillent des renseignements pertinents et compatibles à l'objet du dossier auprès des professionnels de la santé énumérés ci-dessus ou qu'ils communiquent de tels renseignements à ces derniers.

Signature du patient ou responsable \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Consentement et identification

J'ai rempli ce questionnaire médicodentaire au meilleur de ma connaissance.

Signature du patient ou responsable \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

- Patient lui-même
- Parent/tuteur (si moins de 14 ans)
- Mandataire/responsable
- Autre

M.  Mme

Nom en lettres moulées \_\_\_\_\_

J'ai révisé le questionnaire médicodentaire et fait part de tous les changements.

Signature \_\_\_\_\_

Date AA/MM/JJ \_\_\_\_\_



ASSOCIATION DES  
CHIRURGIENS DENTISTES  
DU QUÉBEC



Ordre des dentistes  
du Québec

## QUESTIONNAIRE MÉDICODENTAIRE CONFIDENTIEL

Le dossier dentaire est constitué dans le cadre des soins qui seront prodigués : il est protégé par la loi et le secret professionnel. Il est conservé au cabinet et seuls le dentiste et son personnel y ont accès. Le patient y a aussi un droit d'accès et de rectification.

### Renseignements personnels

Prénom \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_

Sexe F  M

Date de naissance \_\_\_\_\_

Num. d'ass. maladie \_\_\_\_\_ Expiration AA/NN \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Ville \_\_\_\_\_

Province \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_

### Coordonnées

Tél. domicile \_\_\_\_\_

Tél. travail \_\_\_\_\_

Tél. cell. \_\_\_\_\_

Courriel \_\_\_\_\_

En cas d'urgence, appeler :

Nom \_\_\_\_\_

Lien avec patient \_\_\_\_\_

Tél. principal \_\_\_\_\_

Tél. cell. \_\_\_\_\_

### Informations dentaires

Raison de la visite aujourd'hui \_\_\_\_\_

Craignez-vous les traitements dentaires ?

Pas du tout  Un peu  Beaucoup

Précisez \_\_\_\_\_

Dernière visite 0 – 6 mois  6 – 12 mois  + de 12 mois

Traitement(s) reçu(s) \_\_\_\_\_ Oui Non

Avec radiographie dentaire panoramique (grande radiographie) ?

Avec radiographies dentaires intra-orales (petites radiographies) ?

Ce questionnaire permettra au dentiste et à son personnel de prodiguer les meilleurs soins possibles et de réduire le risque de complication(s) médicale(s). Il est de l'intérêt du patient d'y répondre avec attention et d'aviser le dentiste de tout changement à son état de santé.



**Précautions opératoires — À l'usage du professionnel**

**Antécédents médicaux**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
|  | Oui                      | Non                      |
| 1. Souhaitez-vous discuter en privé avec votre dentiste ?                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Êtes-vous suivi par un médecin ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Avez-vous déjà été opéré ou hospitalisé ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Avez-vous des prothèses articulaires (hanche, genou, etc.) ?                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Avez-vous pris ou perdu beaucoup de poids dernièrement ?                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Êtes-vous enceinte ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Allaitiez-vous ?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Prenez-vous des produits naturels ou homéopathiques ?                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Prenez-vous des médicaments ?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Prenez-vous des anovulants <input type="checkbox"/> ou hormones <input type="checkbox"/> ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Raison, détails et date**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Spécifiez** \_\_\_\_\_

**Veillez indiquer tous les médicaments (incluant anovulants et hormones) pris en ce moment ou au cours des 12 derniers mois**

Médicament et raison	Médicament et raison

**Veillez cocher Oui ou Non pour chacune des conditions actuelles ou passées**

	Oui	Non		Oui	Non
Problèmes sanguins (hémophilie, anémie, saignements prolongés) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maladies de peau .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Conditions cardiaques			Problèmes oculaires (yeux) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infarctus, angine, chirurgie, etc. ....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Maux d'oreilles .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infection du cœur (endocardite) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arthrite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chirurgie pour poser ou réparer valve/valvule .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ostéoporose .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tension artérielle (pression) haute <input type="checkbox"/> basse <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prévention/traitement (p. ex. : comprimés) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Étourdissements, évanouissements .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Injection annuelle ou mensuelle .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Maux de tête fréquents .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Douleur chronique .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Douleur à l'articulation de la mâchoire .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Épilepsie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problèmes de foie (hépatite A,B,C, cirrhose, etc.) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies du système nerveux .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles ou maladies du système digestif .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Troubles ou maladies psychiatriques .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____			Rhumes fréquents ou sinusite .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles d'estomac ulcère <input type="checkbox"/> reflux <input type="checkbox"/> .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculose ou problèmes pulmonaires .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles du rein .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Asthme .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabète .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Rhume des foins/allergies saisonnières .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Troubles thyroïdiens .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Allergie ou manifestation à ces produits :		
Cancer (tumeur) Précisez _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Latex <input type="checkbox"/> Sulfamidés <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Radiothérapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Pénicilline <input type="checkbox"/> Anesthésiques <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chimiothérapie .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Autres antibiotiques <input type="checkbox"/> Aliments <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Souffrez-vous de sécheresse de la bouche ? .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Codéine <input type="checkbox"/> Produits contenant de l'iode <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aspirine <input type="checkbox"/> Autres : _____ <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Précisez _____			Autres conditions médicales à mentionner : _____		

**Autres aspects**

- Ronflez-vous ?
- Souffrez-vous d'apnée du sommeil ?
- Fumez-vous ? \_\_\_\_ cig./jour ou ex-fumeur
- Consommez-vous de l'alcool ?
- Fréquence : \_\_\_\_ verres  /jour  /sem.  /mois
- Consommez-vous des drogues ?
- Prenez-vous de la méthadone ?

**Réservé au dentiste pour notes particulières**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_